

## **СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДОВ**

**Козловская С.П., Коневалова Н.Ю.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В соответствии с приказом Республики Беларусь от 19.01.1999 г. №18 (Государственная программа «Кардиология») всему населению старше 30 лет с факторами риска развития атеросклероза должен быть обеспечен скрининг гиперхолестеринемии на всех уровнях оказания диагностической и лечебной помощи.

Скрининг (от английского *screen* – просеивать) – исследование у людей, считающих себя здоровыми, с целью выявить тех, кто, не подозревая того, является больным. Т.е., соотнося это определение к данной проблеме, скрининг гиперхолестеринемии – это исследование уровня холестерина у людей, не подозревающих о том, что у них может быть гиперхолестеринемия. Хороший скрининговый тест должен обладать высокой чувствительностью для того, чтобы не пропускать те немногие случаи болезни, которые есть и высокой специфичностью, для того, чтобы снизить число лиц с ложноположительными результатами [В.В.Власов, 1999]. Однако реально лишь небольшое число тестов обладают такими характеристиками, поэтому для скрининга, для того, чтобы сузить круг диагностического поиска, предпочтитель-

нее те тесты, которые обладают высокой чувствительностью [Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер, 1998].

Если у теста высокая чувствительность, то по его отрицательному результату можно надежно исключить подозреваемую болезнь. При обследовании таким тестом группы людей невозможно пропустить заболевание.

Если у теста высокая специфичность, то его положительный результат (этого положительного результата почти никогда не бывает у здоровых) дает основания включить подозреваемую болезнь в дальнейшую дифференциальную диагностику.

Истории известны случаи [NexØ, 1996], когда весьма полезные программы скрининга были остановлены из-за недостаточной востребованности и лечебного вмешательства клиницистов, не смотря на огромные финансовые затраты. Попытки регулирования стоимости оказания медицинской помощи являются ответом на внедрение новых дорогостоящих медицинских технологий. Основной целью этого регулирования является замедление роста расходов на медицинскую помощь при сохранении и повышении качества ее оказания [В.В. Власов, 1999]. С одной стороны этого можно достичь путем ограничения расходования средств на вмешательства, которые на единицу средств, дают меньший выход в единицах выздоровления, выживания, трудоспособности, а с другой стороны – ограничения доступа к дорогостоящим вмешательствам пациентам, у которых такие вмешательства дадут недостаточно хороший эффект [В.В.Власов, 1999].

Любой диагностический тест должен соответствовать двум критериям:

1. критерию эффективности (т.е. возможности выявлять диагноз)
2. критерию полезности применения (т.е. возможности улучшения исхода лечения)

Всякое лабораторное исследование необходимо рассматривать с точки зрения полезности и интересов не только для пациентов, но и для общества. Кроме того, любой заведомо ценный диагностический тест не принесет пользы ни обществу, ни пациенту, если он не востребован клиницистами. Установлено, что [NexØ, 1996] затребованные клиницистами анализы используются в большей степени. Необходимо помнить, что в медицинских учреждениях заболевание не только выявляют, но и лечат.

Таким образом, рассматривая аспекты скрининга гиперхолестеринемии, необходимо выделить две проблемы:

1. востребованность клиницистами, т.е. определение уровня холестерина не ради констатации факта, а для проведения дальнейших мероприятий.

2. реальная польза для конкретного пациента, т.е. проведенное исследование должно:

- не вводить в заблуждение по поводу реального положения дел (имеется в виду отсутствие вмешательств при ложном отрицательном результате);
- при положительном результате теста должны проводиться адекватные мероприятия;
- знание пациентом результатов анализа не должно оказывать отрицательного влияния на качество жизни.

Согласно международным рекомендациям [Antonio M. Gotto et al., 2000] скринингом является рутинное исследование общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП). Далее при оценке скринингового исследования тактика такая:

- если уровень ОХС  $> 5,2$  ммоль/л сочетается с гипо- $\alpha$ -липопротеинемией (уровень ХС-ЛПВП  $< 0,9$  ммоль/л), то назначается липидограмма с дальнейшей стратификацией соответственно выявленным изменениям;
- если уровень ОХС  $\leq 5,2$  ммоль/л, а уровень ХС-ЛПВП  $> 0,9$  ммоль/л, то повторное исследование проводится через 5 лет.

На наш взгляд, данный подход не вполне корректен, т.к. при таком исследовании не учитывается основной показатель, характеризующий атерогенные сдвиги и определяющий лечебную тактику – уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП). Эксперты национальной образовательной программы по холестерину США даже не рассматривают ОХС как параметр, определяющий показания к гипوليлипидемической терапии у больных ИБС. Поэтому, по мнению ряда авторов [Карпов Р.С., Дудко В.А., 1998], определение только уровня ОХС имеет значение только у пациентов без ИБС.

**Целью исследования** явилось изучение состояния липидтранспортной системы (ЛТС) у больных с нормохолестеринемией (т.е. с уровнем ОХС 3,65-5,2 ммоль/л). Методом случайного выбора были изучены показатели липидограмм 29565 пациентов. Нормальный уровень ОХС был выявлен у 33,69 % пациентов (от общего числа обследованных). Среди них только у 15 % пациентов уровень ХС-ЛПВП был менее 0,9 ммоль/л (от числа лиц с нормохолестеринемией), у 3,7 % - более 2,0 ммоль/л. У 79% больных (от числа лиц с нормохоле-

стеринемией) нормальный уровень ОХС сочетался с нормальным уровнем ХС-ЛПВП. Таким образом, этим пациентам, в соответствии с обычной системой скрининга, было бы рекомендовано повторное исследование провести только через 5 лет. Однако, при дальнейшем анализе липидограмм было установлено, что у 55,8% пациентов (от числа имеющих нормальный уровень ОХС) выявлено увеличение уровня ХС-ЛПНП: легкой степени (2,6-3,4 ммоль/л), у 6,6% – умеренной степени (3,41-6,5 ммоль/л) У 18,3% пациентов определялась гипертриглицеридемия: легкая (1,8-2,25 ммоль/л) – у 9,2%, умеренная (2,26-4,5 ммоль/л) – у 8,5%, выраженная (более 4,5 ммоль/л) – у 0,6%. При одновременной оценке всех показателей липидограммы только у 20 % пациентов с нормальным уровнем ОХС не было выявлено никаких изменений липидного спектра.

Таким образом, проведенный анализ показал, что у 80 % пациентов, обращающихся в медицинские учреждения с нормальными уровнями ОХС и ХС-ЛПВП, имеются атерогенные, требующие более активного вмешательства, сдвиги липидограммы. На наш взгляд, это является достаточным основанием для того, чтобы ввести в стандарт скринингового исследования определение уровня ТГ и расчета ХС-ЛПНП (кроме определяемых ОХС и ХС-ЛПВП).

Наличие других факторов риска развития атеросклероза у данной категории лиц является еще большим основанием для этого утверждения.

Литература:

- 1 Власов В.В Медицина в условиях дефицита ресурсов. – М., «Триумф», 1999. – 120 с
- 2 Флетчер Р, Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины). – М., «МедиаСфера, 1998 – 345 с
- 3 Antonio M Gotto, Jr., Gerd Assmann, Rafael Carmena et al. The ILIB Lipid Handbook for Clinical Practice. – New York - 2000 – 249 P.